УДК 614.87:616-08.008

М.М. Морозова, О.О. Петриченко, В.А. Прилипко (Київ)

РЕСУРСНИЙ ПОТЕНЦІАЛ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

Проаналізовано дані щодо медичного забезпечення населення, яке мешкає на радіоактивно забруднених територіях Житомирської області. У дослідженні використано статистичні дані, надані Обласним інформаційно-аналітичним центром медичної статистики Житомирської області, дані вивчення громадської думки щодо якості медичного забезпечення. За даними офіційної статистики, останні десять років на радіоактивно забруднених територіях система надання медико-санітарної допомоги зберегла свою інфраструктуру, дещо поліпшилася у плані технічного і фінансового забезпечення, але мала серйозні кадрові проблеми й негативні тенденції перспективного розвитку.

Ключові слова: *показники медичного забезпечення, громадська думка, експертне опитування.*

Стратегічний курс державного розвитку України на інтеграцію до Європейського Союзу має на меті поступово досягнути високих соціальних та економічних показників розвинених країн. Одна з провідних сфер життєдіяльності, яка характеризує суспільний прогрес і суттєво впливає на державний розвиток, – це стан забезпечення та функціонування її медичної галузі [2].

Сьогодні забезпечення доступності, якості й безпеки медичної допомоги є одним із найважливіших завдань при реформуванні системи охорони здоров'я населення України, зокрема, коли йдеться про території, постраждалі від наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції. Медичні наслідки Чорнобильської аварії ставлять перед закладами охорони здоров'я на радіоактивно забруднених територіях (РЗТ) додаткові питання, які пов'язані з втратами здоров'я та працездатності населення і негативно впливають на демографічні та соціально-економічні показники регіонального й державного рівня. Проблеми медичного забезпечення постраждалого населення в динаміці після аварійного періоду відображені в роботах таких авторів: Авраменко О., Романенко А., Петриченко О., Пономаренко В., Решетніченко А., Омельянця М., Криничної І. та інших [1, 3, 6, 8, 9].

Ефективність функціонування закладів охорони здоров'я визначається різними чинниками, провідне місце серед яких належить забезпеченню кадровими, фінансовими і різними матеріально-технічними ресурсами. Рівень ресурсного забезпечення і його відповідність потенціальним можливостям країни найкраще характеризує державну політику стосовно медичної галузі та її реформаційні процеси. Оцінювання якості медичної допомоги залежить від точки зору кожної із зацікавлених сторін: по-перше, пацієнтів, що характеризують якісну медичну допомогу як таку, що відповідає очікуванням і потребам, по-друге, лікарів, що вважають якісною таку медичну допомогу, яка надається в умовах найсучаснішого технічного оснащення та свободи дій заради інтересів пацієнтів [5].

Недостатній соціальний захист населення РЗТ, погіршення в цілому соціально-економічної ситуації в Україні негативно позначаються на динаміці показників здоров'я населення, ускладнюють процеси розвитку медичної галузі [4]. Тому вивчення стану медичного забезпечення населення, яке мешкає на РЗТ, з метою його оптимізації є доцільним і актуальним.

Мета роботи – провести порівняльний аналіз ресурсного потенціалу медичного забезпечення населення РЗТ та умовно чистих територій (УЧТ) у динаміці десятиліття на прикладі Житомирської області.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети використано аналіз комплексу заходів забезпечення якості медичної допомоги населенню, проведений на основі аналітико-статистичного методу. Проаналізовано офіційні статистичні дані про ресурси і діяльність медичних закладів за 2001–2011 рр. та дані моніторингових соціологічних досліджень із вивчення громадської думки. Статистичні дані зібрані у співпраці зі співробітниками Обласного інформаційно-аналітичного центру медич-

ної статистики Житомирської області і центральних лікарень Овруцького та Андрушівського районів.

Об'єктом моніторингових соціологічних досліджень стало доросле населення РЗТ Овруцького району та УЧТ Андрушівського району Житомирської області. Усі дослідження проведені з періодичністю 2–3 роки в один і той же період року серед працездатного населення і з використанням однакових методик. Вибіркові сукупності в динаміці 1999–2011 рр. розраховані, виходячи із загальної чисельності населення, яке мешкає в Овруцькому районі в зоні гарантованого добровільного відселення та Андрушівському районі. Розрахована вибіркова сукупність і застосований випадковий ймовірний безповторний відбір за формулою:

$$n = \frac{t^2 \times \delta^2 \times N}{\Delta^2 \times N + t^2 \times \delta^2},$$

де n – обсяг вибіркової сукупності;
N – обсяг генеральної сукупності;
t – коефіцієнт довіри, t=2→ p=0.954, в 954 випадках із 1000;
δ – десперсія, δ=0,25;
Δ – розмір допустимої помилки вибірки в долях [10].

За розрахунками, мінімальна чисельність вибірки для Овруцького району становила 200 осіб. У процесі досліджень за роками помилка вибірки не перевищувала звичайної помилки надійності. Вибіркові сукупності становили: 1999 р. – 400 осіб, 2001 р. – 319 осіб, 2003 р. – 400 осіб, 2006 р. – 275 осіб, 2009 р. – 270 осіб, 2011 р. – 311 осіб. Допустима помилка вибірки – 0,045–0,060. Чисельність вибірки для Андрушівського району дорівнювала 150 осіб. У процесі дослідження розроблена анкета. Структурно-логічна схема моніторингу соціальної сфери представлена групами відносно самостійних, але взаємопов'язаних інформаційних блоків, зокрема блоку медичного забезпечення населення. У 2012 р. проведено експертне опитування фахівців за трьома рівнями: районний, обласний, державний. Державний рівень експертів представлений фахівцями МОЗ України. Група експертів обласного рівня умовно поділена на дві підгрупи: лікувально-профілактичної спеціалізації та фахівців санітарно-епідеміологічної служби (СЕС). До групи лікувально-профілактичної спеціалізації входили головні лікарі, начальники відділів і завідувачі секторів обласних центрів радіаційного захисту та оздоровлення населення, обласних клінічних лікарень, обласних управлінь охорони здоров'я, обласних центрів медичної статистики. Друга група експертів – головні лікарі та завідувачі відділів обласних СЕС. Районний рівень експертів представлений головними лікарями та завідувачами відділів районних СЕС. Група експертів – 97 осіб, зокрема, 53 особи лікувально-профілактичної спеціалізації, 44 фахівці СЕС. У процесі дослідження розроблений методичний інструментарій – анкета експерта, складовими якої стали 9 інформаційних блоків. У даній роботі приведено дані інформаційного блоку щодо використання коштів із Фонду для реалізації заходів із ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи і соціального захисту населення. Відповіді на окремі питання порівнювані із даними експертного опитування 2002 р. [7]. Для отримання первинних емпіричних даних застосовано просте упорядкування значень, їх парне чи послідовне порівняння, а також процедури, що забезпечували ідентифікацію змінної величини, яка вимірювалася. У питаннях анкети застосовано різні шкали оцінок: номінальну, порядкову та інтервальну. Дані опитування обчислено за допомогою методів математичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

Для оцінки потенціалів закладів охорони здоров`я районного рівня та їхніх підрозділів і динамічних змін в їх якості і кількості використано дані щорічних статистичних звітів центральних районних лікарень. Встановлено, що суттєвих якісних змін у переліку в обох районах не було. Їх загальна кількість на період

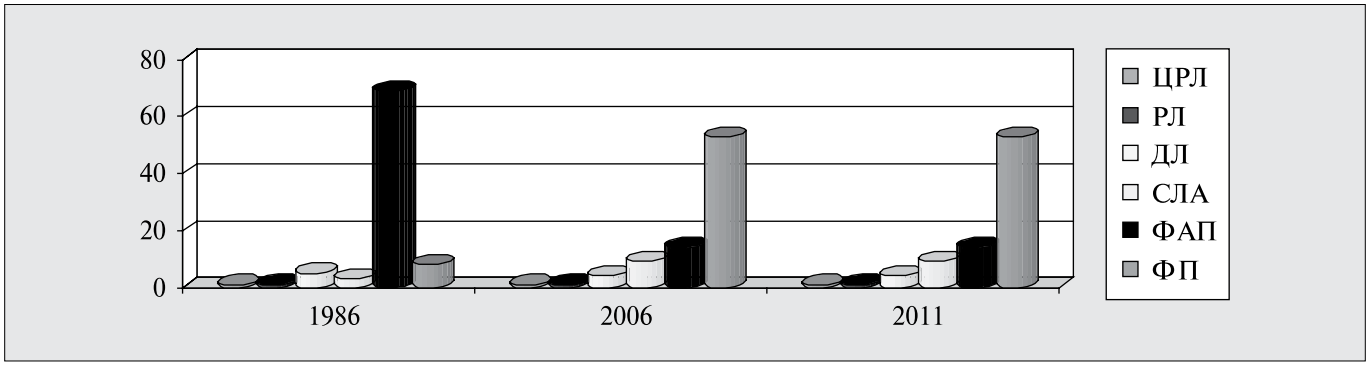

Рис. 1. *Мережа лікувально-профілактичних закладів області станом на 01.01.2011 р. (первинний та вторинний рівні надання медичної допомоги):*
ЦРЛ – центральні районні лікарні; РЛ – районні лікарні; ДЛ – дільничні лікарні; СЛА – сільська лікарська лікарня; ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт; ФП – фельдшерський пункт

Таблиця 1

Динаміка чисельності лікарів (без зубних) і молодших спеціалістів у динаміці за роками (2001, 2006, 2011) у досліджуваних районах (абсолютні дані)

Регіон	Роки			
	2001	2006	2011	2006 до 2001 р. / 2011 до 2001 р. (%)
Чисельність лікарів (фізичних осіб)				
Андрушівський р-н	70	62	60	88,6/85,7
Овруцький р-н	162	125	128	77,2/79,0
Житомирська обл.	4713	4538	4490	96,3/95,3
Чисельність молодших спеціалістів (фізичних осіб)				
Андрушівський р-н	282	229	230	81,2/81,6
Овруцький р-н	673	562	533	83,5/79,2
Житомирська обл.	14923	13822	13514	92,6/90,6

2006 р. становила 83 заклади в Овруцькому і 38 – в Андрушівському районах. Практично така ж кількість була у 2011 р., але в Овруцькому районі додатково створений фельдшерський здоровпункт (рис. 1).

Різниця в загальній кількості підрозділів закладів охорони здоров`я Андрушівського і Овруцького районів пов'язана з їх демографічними і територіальними особливостями. Станом на 01.01.2011 р., щільність населення в Андрушівському районі – 38 осіб на 1 км^2, Овруцькому – 20 осіб на 1 км^2, а по Житомирській області – 43 особи на 1 км^2.

Порівняльний аналіз рівнів кадрового ресурсного забезпечення населення РЗТ і УЧТ доцільно проводити з огляду на показники, стандартизовані відповідно до кількості населення і впливу урбанізаційних процесів, що обумовлюють певну відмінність між даними районного і обласного рівнів. У таблиці 1 наведено дані про динаміку чисельності лікарів і молодших спеціалістів (м/с), з яких видно, що їх кількість зменшується в обох категоріях медпрацівників. За 10 років чисельність лікарів на РЗТ зменшилася на 21,0%, на УЧТ – на 14,3%, а чисельність молодших спеціалістів – відповідно на 20,8% і 18,4%.

На РЗТ рівень забезпеченості лікарями помітно зменшився на 10 тис. населення на 16,3% у динаміці 2001–2006 рр., на УЧТ – на 4,0%. Після 2006 р. в обох районах збільшився показник забезпечення лікарями, але показники 2011 р. тільки наближалися до показників 2001 р. (рис. 2). Щодо молодших спеціалістів виявлено аналогічну ситуацію. Водночас, на обласному рівні встановлено незначне зростання, що могло бути пов'язано з депопуляцією і міграцією населення.

За даними таблиці 2, недостатня кількість фізичних осіб лікарів і середнього медперсоналу спостеріга-

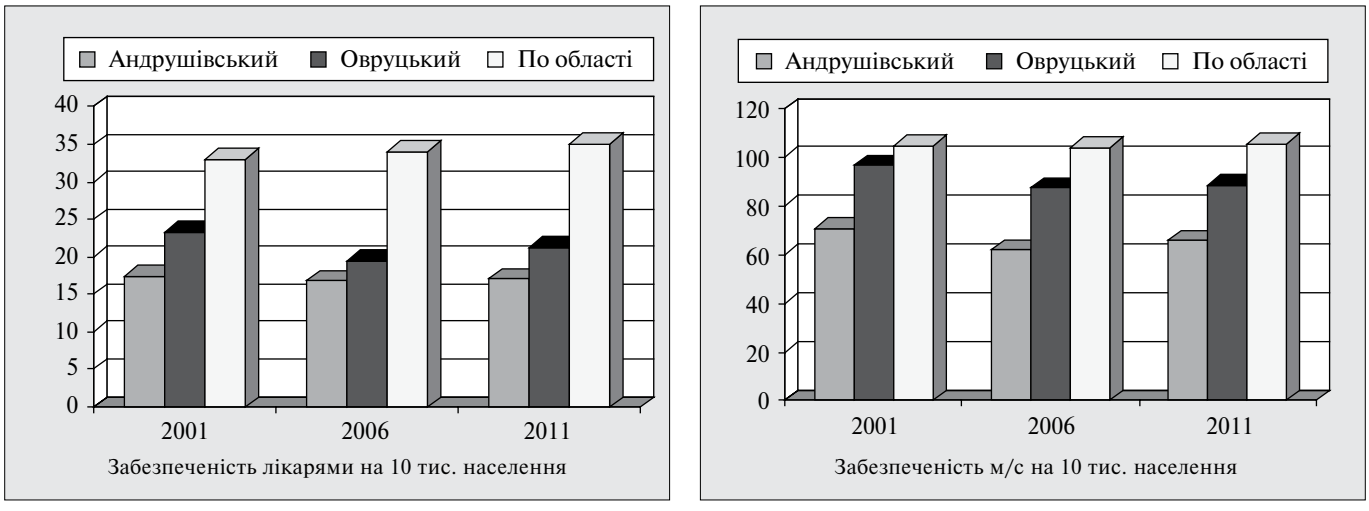

Рис. 2. *Динаміка забезпеченості лікарями і молодшими спеціалістами на 10 тис. населення у динаміці за роками (2001, 2006, 2011)*

Таблиця 2

Забезпеченість і укомплектованість штатних посад лікарів та середнього медперсоналу фізичними особами в динаміці за роками (2001, 2006, 2011), без СЕС

Район	Штатні посади лікарів (абсолютні дані)			Укомплектованість штатних посад фізичними особами (%)		
	2001	2006	2011	2001	2006	2011
Андрушівський	83,50	84,50	83,50	83,83	73,37	69,5
Овруцький	211,25	194,25	204,50	76,68	64,35	60,6
По області	6149,0	6218,0	5669,75	76,64	72,66	71,9
	Штатні посади середнього медперсоналу (абсолютні дані)			Укомплектованість штатних посад фізичними особами (%)		
Андрушівський	230,75	237,25	236,25	122,21	96,52	92,7
Овруцький	518,00	509,00	507,50	129,92	110,41	105,0
По області	14095,0	13401,75	12475,0	105,87	103,51	94,0

лася на всіх рівнях. Забезпеченість штатними посадами медичних закладів частково компенсувалася за рахунок суміщення посад.

Найбільш наближеними до реальних витрат показниками фінансування закладів охорони здоров'я, які характеризували лікувально-профілактичну допомогу (ЛПД) населенню, були показники витрат бюджетних і позабюджетних коштів на одного мешканця та наявність заборгованості. Динамічні зміни у фінансуванні ЛПД за період 2001–2011 рр. наведено на рис. 3. За цей період розміри фінансування бюджетних витрат коштів на одного мешканця зросли приблизно у 7 разів як у досліджуваних районах, так і в області.

Водночас, зросло фінансування на одного мешканця з позабюджетних джерел приблизно у 12 разів на УЧТ, у 17 разів – на РЗТ, а також у 10 разів – на обласному рівні. При цьому питома вага членства населення у лікарняних касах збільшилася у 2–3 рази за останні 5 років. Це є однією з форм диверсифікації джерел фінансування медичної допомоги, наближенням її до вимог сучасного життя.

За абсолютними даними (табл. 3), ліжковий фонд за останні 10 років зменшився як на РЗТ (на 10,5%), так і на УЧТ (на 16,1%), а також по області (9,7%). При цьому забезпеченість населення лікарняними ліжками на РЗТ зросла на 7,1%, а на УЧТ вона зменшилась на 3,9%. Показники кількості ліжкового фонду ще зберегли свого значення, але їх збільшення вже не було самоціллю, так само як і кількість лікарів на 10 тис. населення. Використання плану ліжкового фонду на УЧТ було утричі більшим, ніж на РЗТ, відповідно на 31,9% і 10,2%. Подібна динаміка спостерігалась і в зайнятості ліжок на РЗТ та по області. На РЗТ показник зайнятості ліжка зріс на 10,2% у 2001–2011 рр. На УЧТ у 2001–2006 рр. він хвилеподібно суттєво збільшився (на 25,2%), а у 2006–2011 рр. – незначно змен-

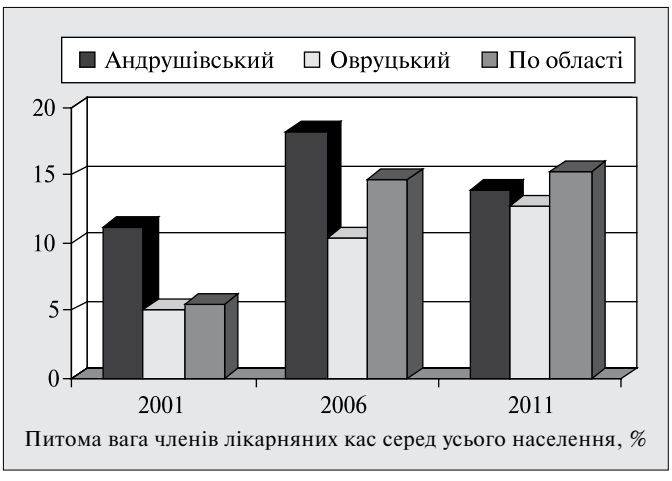

Рис. 3. *Показники фінансування медичної сфери в досліджуваних районах (2001, 2006, 2011 рр.)*

Таблиця 3

Основні показники діяльності центральних районних лікарень Андрушівського, Овруцького районів та Житомирської області (2001, 2006, 2011 рр.)

Показник	Андрушівський р-н			Овруцький р-н			Житомирська обл.		
	2001	2006	2011	2001	2006	2011	2001	2006	2011
Ліжковий фонд:– число ліжок	205	182	172	380	370	340	10460	9849	9446
На 10 тис. населення	51,4	49,3	49,4	53,4	57,6	57,2	74,3	74,0	74,2
Використання плану ліжко днів	74,0	98,9	97,6	88,2	95,8	97,2	86,2	92,3	96,0
Зайнятість ліжка	250,8	335,3	330,7	297,2	322,7	327,4	292,5	313,1	326,0
Середній термін перебування на ліжку	9,5	9,9	7,1	10,9	10,0	8,0	12,5	11,2	7,5
Летальність	0,2	0,52	0,53	0,6	0,71	0,46	0,9	0,81	0,71
Не працювало ліжок	-5,3	-2	-4	-44	-15	-9	-1431	-764	-375

шився (на 1,4%). Щодо середнього терміну перебування на ліжку можна відмітити, що він зменшився як у досліджуваних районах, так і по області.

Активність окремих підрозділів закладів охорони здоров'я підвищилася (табл. 4). Число відвідувань на одного мешканця збільшилось на РЗТ (21,2%) і по області (15,3%). На УЧТ показник відвідувань на одного мешканця знизився у 2006 р. до 13,4% і зріс на 21,2% у 2011 р. Показник забезпеченості населення ліжками (на 10 тис. населення) збільшився як у досліджуваних районах, так і по області. Число пролікованих хворих у денному стаціонарі (на 10 тис. населення) РЗТ та УЧТ зросло у 2006 р. і знизилося у 2011 р. Щодо плану по донорству виявлено значне його зменшення на районному і обласному рівнях у 2006 р., що безперечно пов'язано зі зниженням загального рівня громадського здоров'я і відсутністю достатніх можливостей економічного стимулювання донорів, але надалі мало тенденцію до зростання у 2011 р.

Таким чином, показники, що характеризують діяльність закладів охорони здоров'я РЗТ, УЧТ і по області, мали різні величини і іноді протилежно спрямовані динамічні вектори, що могло бути обумовлене різними причинами (фінансовими, кадровими тощо).

Проживання на РЗТ передбачає підвищену увагу та відповідальне ставлення до власного здоров'я як з боку самої людини, так і всебічну підтримку з боку держави. Водночас, слід зазначити, що при загальній занепокоєності станом власного здоров'я, з метою медичного обстеження зверталися до лікарів тільки за необхідністю 46,0% населення РЗТ і 50,0% населення УЧТ. Тільки третина респондентів відвідувала заклади охорони здоров'я регулярно раз на рік. У 1999 р. така група респондентів становила 72,3% на РЗТ і 68,0% на

Таблиця 4

Основні показники діяльності центральних районних лікарень Андрушівського, Овруцького районів і Житомирської області (2001, 2006, 2011 рр.)

Показник	Андрушівський р-н			Овруцький р-н			Житомирська обл.		
	2001	2006	2011	2001	2006	2011	2001	2006	2011
Амбулаторно-поліклінічна служба									
Число відвідувань на одного мешканця	9,3	8,2	10,4	7,8	9,0	9,9	9,4	10,4	11,1
Забезпеченість населення ліжками на 10 тис. населення	13,9	21,2	28,3	22,7	22,1	27,2	16,5	20,5	23,4
Число пролікованих хворих у ден./стац. на 10 тис. населення	600,0	919,1	869,6	801,5	965,7	747,8	703,2	1046,8	794,9
Донорство									
Виконання плану по донорству	74,8	31,3	51,1	101,2	36,9	53,4	119,0	52,4	55,4

Таблиця 5

Причини незадоволеності медичним обслуговуванням респондентів радіактивно-забруднених територій та умовно чистих територій у динаміці за 1999 і 2010 рр. (%)

Причини незадоволеності медичним обслуговуванням	1999 р.		2010 р.	
	РЗТ	УЧТ	РЗТ	УЧТ
Відсутність будь-якої медичної допомоги в нашому населеному пункті	5,3	3,4	12,3**	9,3*
Далека відстань до лікувальних закладів	4,3	7,9	16,6**	16,7**
Відсутність необхідних спеціалістів	22,3	34,8	72,5**	67,6**
Неможливість виконувати усі призначення та поради лікаря (процедури, харчування тощо)	25,5	34,8	41,7**	38,0
Неможливість придбання медичних препаратів через відсутність коштів	73,4	65,2	50,7**	52,8**
Інше	6,4	2,2	4,7	1,9

Примітки: * – статистично значуща різниця (p≤0,05) між показниками населення 1999 і 2010 рр. на РЗТ та УЧТ;

** – статистично значуща різниця (p≤0,01) між показниками населення 1999 та 2010 рр. на РЗТ та УЧТ.

УЧТ. Цей факт може бути пов'язаний як зі зниженням відповідальності з боку держави, так із загальною невдоволеністю населенням існуючою системою медичного обслуговування.

У таблиці 5 наведено причини невдоволеності населенням роботою закладів охорони здоров'я, де вони обслуговуються. Головною причиною стала відсутність необхідних спеціалістів (72,5% – на РЗТ, 67,6% – на УЧТ). Друге місце посіла неможливість придбання медичних препаратів через відсутність коштів. Третє місце – неможливість виконувати усі призначення й поради лікаря (процедури, харчування тощо). Зазначені причини невдоволеності роботою закладів охорони здоров'я прописані до виконання в окремих статтях Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», але не реалізуються протягом багатьох років.

Попри всі негаразди роботи закладів охорони здоров'я, переважна більшість населення розраховувала на державну систему охорони здоров'я (70,1% – на РЗТ, 61,1% – на УЧТ). Але відсоток людей, які до останнього відкладали візит до лікаря і розраховували на власні знання та здібності, зріс (52,1% – на РЗТ, 60,2% – на УЧТ). На слабо розвинену приватну та страхову медицину покладено не більше п'ятої частки респондентів. Ця послуга для сільського населення, де рівень добробуту дуже низький, була майже недосяжною. Дбаючи про власний стан здоров'я, населення змушене звертатися і покладатися на державні заклади охорони здоров'я.

За даними експертного опитування, загальні середні експертні оцінки використання коштів із Фонду для реалізації заходів щодо ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи і соціального захисту населення у 2012 р. знизились порівняно з 2002 р. Передусім це стосувалося придбання лікувально-діагностичного обладнання для спеціалізованих лікувальних закладів (з 54 до 24 балів відповідно). На низькому рівні було придбання лікувальних засобів (38 і 36 балів відповідно), що підтверджувалося постійними скаргами населення при соціологічному опитуванні на територіях радіоактивного забруднення. Дещо зросла експертна оцінка заходу «оздоровлення дорослих» (з 23 до 36 балів). Оздоровлення дітей та інвалідів погіршилось, їх оцінка не перевищила 50 балів, що засвідчило про низький рівень реабілітації хворих і профілактики захворюваності. Лікування тяжкохворих, постраждалих від наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції, поступово втратило державну підтримку.

Висновки

За результатами проведеного дослідження встановлено, що система надання медичної допомоги населенню РЗТ зберігає свою інфраструктуру, має деяке відносне поліпшення фінансового забезпечення і серйозні кадрові проблеми. Ефективність роботи закладів охорони здоров'я на РЗТ визначається комплексом чинників, частина яких лежить у площині соціально-економічних проблем держави. Доступність лікування постраждалого населення суттєво залежить від їх фінансової спроможності. Останнє викликає високий рівень незадоволеності населення, загальний індекс задоволеності роботою закладів, охорони здоров'я, який стрімко знизився за останнє десятиліття.

При вирішенні медичних проблем наслідків Чорнобильської катастрофи Верховна Рада України

довгий проміжок часу не приймає концептуально нові зміни в законодавчій базі з цього питання, а тільки обмежує дію значної кількості статей чинних законів, прийнятих у 1991 р., чим лише загострює соціальну напругу в суспільстві.

Перспективи подальших досліджень

Усі попередні висвітлені питання так чи інакше вказують на необхідність вирішення правових проблем радіоактивно забруднених територій.

Список літератури

1. *Кринична І.* Пріоритети державного управління процесами радіаційно безпечної життєдіяльності населення України / І. Кринична // Двадцять п'ять років Чорнобильської катастрофи. Безпека майбутнього : зб. тез міжнар. конф., 20–22 квітня 2011 р., м. Київ, Україна. – К., 2011. – С. 69–71.
2. *Окремі* аспекти процесу управління системи забезпечення якості медичної допомоги на сучасному етапі / А. В. Степаненко, О. А. Цімейко, О. В. Калюжна, Ю. В. Мельник // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 2007. – № 4. – С. 56–59.
3. *Омельянець М.* Протирадіаційний, медичний та соціальний захист жителів радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи територій в Україні / М. Омельянець, Н. Гунько, Ю. Озерова, І. Хоменко // Двадцять п'ять років Чорнобильської катастрофи. Безпека майбутнього : зб. тез міжнар. конф., 20–22 квітня 2011 р., м. Київ, Україна. – К., 2011. – С. 202–204.
4. *Оцінка* стану виконання визначених законодавством заходів протирадіаційного, медичного та соціального захисту жителів територій, радіоактивно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи та пропозиції щодо напрямків їх корекції / Н. В. Гунько, М. І. Омельянець, Ю. Ю. Озерова [та ін.] // Проблеми радіаційної медицини та радіобіології : зб. наук. праць. – 2010. – Вип. 15. – К. : ДАІ, 2010. – С. 114–126.
5. *Питання* удосконалення управління охороною здоров'я / за ред. В. А. Піщикова // Актуальні проблеми сучасної охорони здоров'я України, кадри стан організації, управління, медичні інформаційні системи та медичні інформаційні технології. – К., 2007. – С. 65–122.
6. *Пономаренко В. М.* Медичне забезпечення осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС і радіаційний захист населення / В. М. Пономаренко, В. А. Піщиков // Панорама охорони здоров'я України. – К. : Здоров'я, 2008. – С. 261–265.
7. *Прилипко В.* Експертні оцінки з питань соціально-психологічних та медичних наслідків аварії на ЧАЕС / В. Прилипко // Чорнобиль і соціум. – 2002. – Вип. 8. – С. 28–35.
8. *Решетніченко А.* Надзвичайні ситуації як критерії ефективності управлінської діяльності (на прикладі аварії на ЧАЕС) / А. Решетніченко, І. Кринична // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. праць / редкол. : С. М. Серьогін (голов. ред.) [та ін.]. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2007. – Вип. 4 (30). – С. 10–17.
9. *Романенко А. Ю.* Медичний захист постраждалих у гострому періоді ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС /А. Ю. Романенко, О. О. Петриченко // Мед. наслідки Чорнобильської катастрофи: 1986–2011 : монографія ; А. М. Сердюк, В. Г. Бебешко, Д. А. Базика. – Тернопіль : ТДМУ, 2011. – С. 13–20.
10. *Ядов В. А.* Социологическое исследование: методология, программа, методы / В. А. Ядов. – Самара : изд-во Самарский университет, 1995. – 320 с.

Ресурсный потенциал медицинского обеспечения населения радиоактивно загрязненных территорий

М.Н. Морозова, А.А. Петриченко, В.А. Прилипко (Киев)

Проанализировано медицинское обеспечение населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях Житомирской области. В исследовании использованы статистические данные, которые были предоставлены Региональным информационно-аналитическим центром медицинской статистики Житомирской области и статистическими отделами центральных районных больниц, а также данные изучения общественного мнения о качестве медицинского обеспечения. Согласно официальной статистике за последние десять лет, на радиоактивно загрязненных территориях система медико-санитарной помощи сохраняет свою инфраструктуру, имеет некоторые улучшения технического и финансового обеспечения, но серьезные кадровые проблемы и негативные тенденции для будущего развития.

Ключевые слова: показатели медицинского обеспечения, общественное мнение, экспертный опрос.

Resource potential of medical providing of the nuclear polluted territories population

M.N. Morozova, O.O. Petrychenko, V.A. Prylypko (Kyiv)

Data on the medical providing of the population living in contaminated territories of Zhytomyr region has been analysed. The study used statistical data, which were provided by Regional Information and Analytical Center for Health Statistics Zhytomyr region and Statistics Division CRH given the study of public opinion about the quality of medical care. According to official statistics of the last ten years the contaminated areas system of health care keeps its infrastructure has improved some technical and financial support, but serious staffing problems and negative trends of future development have been revealed.

Key words: indicators of health provision, public opinion, expert interviews.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.10.2013 р.